

【移送後に申請する場合は、移送に要した費用の領収書(原本)を添付して下さい。】

受付年月日	支払年月日

健康保険

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

申請年月日 令和 年 月 日

○被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㊦ 被保険者等 記号・番号	—	㊥ 被保険者 (申請者) 氏名・印	㊧ 生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	㊩ 被保険者 (申請者) 住所・TEL	〒 () TEL ()	事業所名称 所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地	
			勤務地 【部署名】	本社 姫路市 東京 北陸 名古屋 北九州 【 】	
	㊦ 移送を受けた 方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	㊦ 氏 名	㊧ 続 柄 ※長男、二女等	昭和 平成 令和 年 月 日
	㊦ 傷 病 名			㊩ 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	㊩ 発病または 負傷の原因 (詳しく)			㊩ 移送年月日	令和 年 月 日
	㊩ 移送経路			㊩ 移送方法	
	㊩ 付添人の有 無およびその 住所	☐ 有 (氏名 〒) ☐ 無	㊩ 移送に要した 費用の額	円	
	㊩ 第三者行為による時はその事実、 第三者の氏名および住所	(氏名) (住所) 〒			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (㊦被保険者等 記号番号を記入した場合は不要です)				

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	移送方法	移送年月日	令和 年 月 日		
	上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ん 。		令和 年 月 日		
住 所 〒					
医師または歯科医師の 医療機関名称 および氏名㊧		㊧			

受 領 方 法	☐ 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)				
	☐ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)				
	銀 行 ・ 信用金庫 農 協	本店・支店 出張所	普通 ・ 当座	口座 番号	
	年 月 日	被保険者氏名・印			㊧

※健保組合記入欄

決 議	支給支出決定年月日			支 給 決 定 金 額				支給方法		常務理事	事務長	担当者
	令和 年 月 日				円				現 金 振 込			